

Connaître les acteurs de la complémentaire santé

96 % de la population est désormais couverte par une complémentaire santé. La majorité des salariés dépend de contrats collectifs obligatoires en entreprise. Trois types d'organismes peuvent proposer des complémentaires santé.

LES MUTUELLES

Organismes à but non lucratif à vocation sociale et solidaire. Elles sont régies par le Code de la Mutualité. 1^{er} acteur privé de prévention et promotion de la santé. 1^{er} réseau sanitaire et social accessible à tous



Leur activité principale est la complémentaire santé.



Elles sont financées par les cotisations de leurs adhérents qui participent à leur gestion. Leur principe est la mutualisation du risque.

LES ASSURANCES

Sociétés capitalistes à but commercial. Elles sont régies par le Code des Assurances.



La santé ne concerne que 6 % de leur activité.



Elles sont financées par des capitaux et fonds privés d'actionnaires qui participent à leur gestion. Leur principe est l'individualisation du risque.

LES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE

Personnes morales de droit privé ayant un but non lucratif. Elles sont régies par le Code de la Sécurité sociale.



Elles gèrent essentiellement les contrats santé collectifs et la prévoyance en entreprise.



Elles orientent leurs investissements vers l'amélioration de leurs garanties et services ainsi que vers leur activité sociale.

VOTRE "MUTUELLE" EST-ELLE
**VRAIMENT UNE
MUTUELLE ?**

Vérifiez sur
unevraiemutuelle.fr

La Complémentaire Santé Solidaire



La Complémentaire Santé Solidaire (CSS OU C2S) remplace la CMU-C ou l'ACS.

LES CONDITIONS POUR EN BÉNÉFICIER

Résider en France de manière stable et régulière depuis + de 3 mois



Avoir des ressources modestes

SELON LES RESSOURCES, LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE :

Ne vous coûte rien
OU
Vous coûte au maximum
1€ /jour
et par personne

La Complémentaire Santé Solidaire peut couvrir l'ensemble de votre foyer.

Faites une simulation : vérifiez en quelques clics si vous pouvez bénéficier de la CSS



www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr

VOUS SEREZ REMBOURSÉS INTÉGRALEMENT



médecin



dentiste



infirmier



kinésithérapeute



hôpital

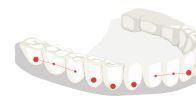


médicaments

et dans la plupart des cas pour :



vos lunettes



vos prothèses dentaires



vos prothèses auditives

Pour cela, pensez à demander "le dispositif 100 % santé" à votre praticien



ATTENTION

Le médecin ne peut pas vous demander de dépassement d'honoraires sauf si vous avez des demandes particulières, comme des visites à domicile non justifiées.

Le lexique

Assurance Maladie Obligatoire (AMO)

Désigne les régimes obligatoires : les Cnam, la Msa ou régimes spéciaux qui couvrent tout ou partie des dépenses liées à la maladie, à la maternité et aux accidents.

Assurance Maladie Complémentaire (AMC)

Désigne les organismes qui interviennent en complément de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) : les complémentaires santé.

Base de remboursement (BR) ou tarif de responsabilité

Tarif défini par l'Assurance maladie pour déterminer le montant de remboursement des frais de santé. La "BR" ne correspond pas toujours aux frais réels.

Contrat collectif

Contrat de complémentaire santé à adhésion obligatoire souscrit par un employeur au bénéfice de ses salariés et généralement de leurs ayants droit.

Contrat responsable et solidaire

Désigne une couverture santé qui respecte le parcours de soins coordonnés et les limites de remboursement (panier de soins) définies par le décret du 19 novembre 2014. Les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé des individus et aucune information médicale n'est recueillie pour la souscription du contrat.

Conventionnement des professionnels de santé

Les professionnels de santé sont dits "conventionnés" lorsqu'ils ont adhéré à la convention nationale conclue entre l'Assurance maladie et les représentants de leur profession :

En secteur 1, ils ne pratiquent pas de dépassement d'honoraires et l'Assurance maladie en contrepartie prend en charge une partie de leurs cotisations sociales.

En secteur 2, ils pratiquent des honoraires libres et la base de remboursement de l'Assurance maladie est limitée. Souvent cela ne couvre pas l'intégralité de la consultation. Avant de consulter un médecin vous pouvez vous renseigner sur ses pratiques tarifaires en consultant le site ameli.fr

OPTAM : c'est un accord conventionnel entre l'Assurance maladie et les spécialistes de secteur 2. Cet accord vise à limiter les dépassements tarifaires (DT) et propose aux praticiens de signer l'Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM), en échange l'Assurance maladie garantit une meilleure base de remboursement aux assurés sociaux.

Complémentaire Santé Solidaire (CSS ou C2S)

Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé pour les foyers à ressources modestes. Remplace la CMU-C et l'ACS depuis le 1^{er} novembre 2019.

Dispositif 100 % santé

Propose une offre de soins et d'équipements en optique, dentaire et audition entièrement prise en charge par l'Assurance maladie et les complémentaires santé.

Parcours de soins coordonnés

Circuit que le patient doit respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, personnalisé et être remboursé de manière optimale.

PUMa - Protection Universelle Maladie

Elle garantit à toute personne travaillant ou résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de 3 mois, un droit à la prise en charge de ses frais de santé à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie.

Reste à charge

Montant des frais de santé que vous devez payer après les remboursements de l'Assurance maladie et de la complémentaire santé. Pour certains soins de santé ils peuvent être conséquents et, sans complémentaire santé, exorbitants. Les restes à charge sont une des principales raisons du renoncement aux soins.

Taux de remboursement

Il fixe les parts de remboursements prises en charge par l'Assurance maladie ainsi que celle des complémentaires santé.

Ticket modérateur

Partie des dépenses de santé qui reste à la charge du patient après le remboursement de l'Assurance maladie, avant déduction des participations forfaitaires.

Tiers-payant

Dispositif permettant d'éviter de faire l'avance des frais auprès des professionnels de santé. La Mutualité Française milite pour un tiers-payant intégral pour toutes et tous.



sud.mutualite.fr

Mutualité Française Sud
Le Condorcet - 18 rue Elie Pelas
13016 MARSEILLE



Ma couverture santé, Comment ça marche ?



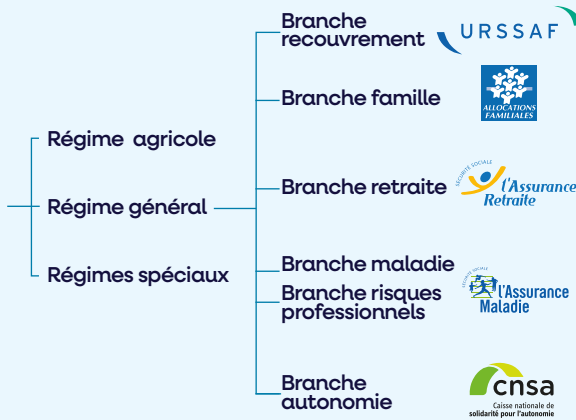
ÉDITION

2025

Comprendre la Sécurité sociale

La Sécurité sociale est l'organisme qui gère notre protection sociale. Elle nous préserve de la majeure partie des **risques sociaux**. Elle est basée sur les principes de l'Universalité et de la Solidarité : "on cotise selon ses moyens et on en bénéficie selon ses besoins".

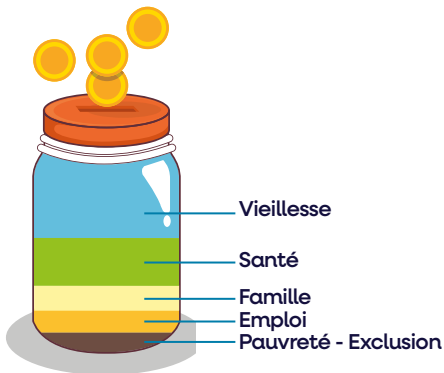
ELLE COMPORTE 3 TYPES DE RÉGIMES ET EST ORGANISÉE EN 6 BRANCHES :



Le régime général : pour la majorité de la population.
Le régime agricole (MSA) : pour les exploitants et salariés agricoles.
Les régimes spéciaux : comme celui de la SNCF, d'EDF/GDF, de l'Assemblée nationale, des employés et clercs de notaires...

DES PRESTATIONS TOUT AU LONG DE VOTRE VIE

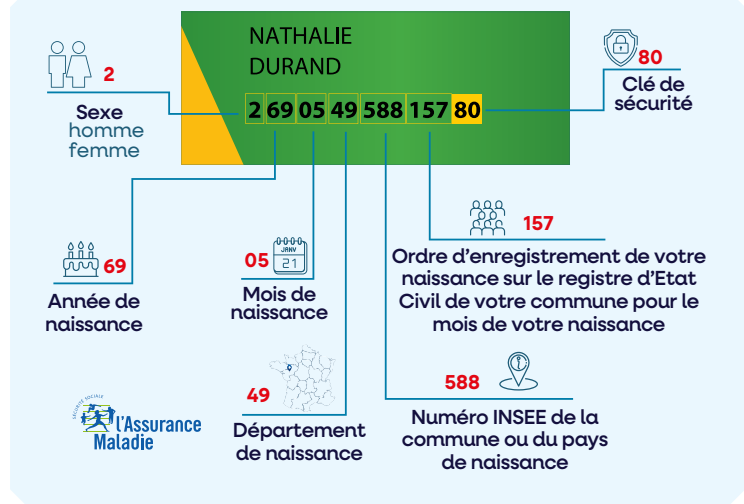
Les cotisations sociales patronales et salariales, les impôts et taxes (dont la CSG) et les contributions publiques constituent le **budget de la Sécurité sociale** ensuite **réparti en prestations**.



Comprendre l'Assurance maladie

L'Assurance maladie est une des grandes composantes de la Sécurité sociale. Elle est basée sur le principe de la PUMa (Protection Universelle Maladie). Toute personne travaillant ou résidant en France de manière stable et régulière depuis plus de 3 mois, bénéficie d'une prise en charge de ses frais de santé.

COMMENT EST COMPOSÉ LE NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE ?



La carte Vitale, Vitale aussi en appli



MON ESPACE SANTÉ

Mon espace santé est un espace numérique personnel et sécurisé, proposé par l'Assurance maladie et le ministère de la Santé, qui a vocation à devenir le carnet de santé numérique interactif de tous les assurés. Grâce à ce nouveau service, chacun peut participer activement au suivi et à la préservation de sa santé.

Comprendre le parcours de soins coordonnés

Le parcours de soins coordonnés a été instauré afin de limiter les dépenses de santé et encourager la coordination des soins. C'est aussi le chemin que vous devez emprunter si vous souhaitez être remboursé au mieux.

JE RESPECTE LE PARCOURS DE SOINS

Le médecin traitant
Obligatoire pour toute personne de 16 ans et +, assurée ou ayant droit.

Le spécialiste
S'il le juge utile, mon médecin traitant peut m'envoyer consulter un confrère spécialiste.

Les spécialistes en accès direct

- Les ophtalmologistes,
- Les gynécologues,
- Les psychiatres et neuropsychiatres (pour les patients de 16 à 25 ans),
- Les chirurgiens-dentistes,
- Les stomatologues sauf pour les actes chirurgicaux lourds,
- Les consultations IVG.

Je suis mieux remboursé

Lorsque l'on respecte le parcours de soins coordonnés, l'Assurance maladie rembourse 70 % du tarif de base et la complémentaire santé 30 %.

JE NE RESPECTE PAS LE PARCOURS DE SOINS

- Quand je n'ai pas déclaré de médecin traitant.
- Quand je consulte un généraliste qui n'est pas mon médecin traitant (sauf s'il est absent ou que je suis en déplacement).
- Quand je consulte un spécialiste qui n'est pas en accès direct et sans être passé par mon médecin traitant.

Je suis moins bien remboursé

Pour les personnes ne respectant pas le parcours de soins coordonnés, l'Assurance maladie accorde un remboursement minoré des frais engagés. Ce montant est à 30 % du tarif de base de la Sécurité sociale.

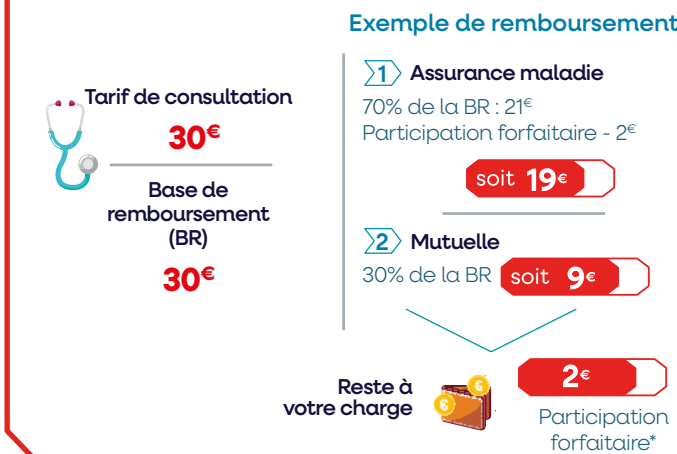


Comprendre mes remboursements

Les remboursements ne se font pas sur la base des frais réels mais sur **la base de remboursement (BR)**, fixée par l'Assurance maladie. Elle prend en charge une part de cette base et votre complémentaire santé l'autre part.

EXEMPLES DE REMBOURSEMENTS EN PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET TRAITANT SECTEUR 1



Les franchises :

L'Assurance maladie prélève 1€ par boîte de médicaments, 1€ par acte paramédical et 2€ par transport sanitaire.

*La participation forfaitaire :

Participation de 2€ déduite automatiquement de vos remboursements de l'Assurance maladie sur chaque consultation, examen ou acte de radiologie pour tout assuré de plus de 18 ans.

Limitées à 50€/an et par personne

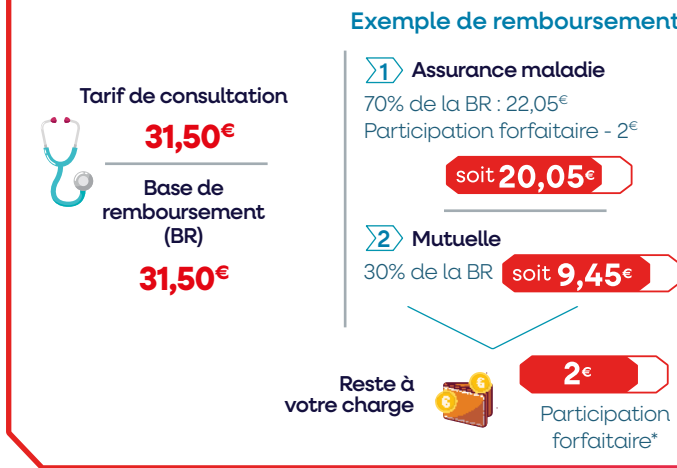
Les médicaments :

L'Assurance maladie a différents taux de prise en charge en fonction de leur service médical rendu (SMR)

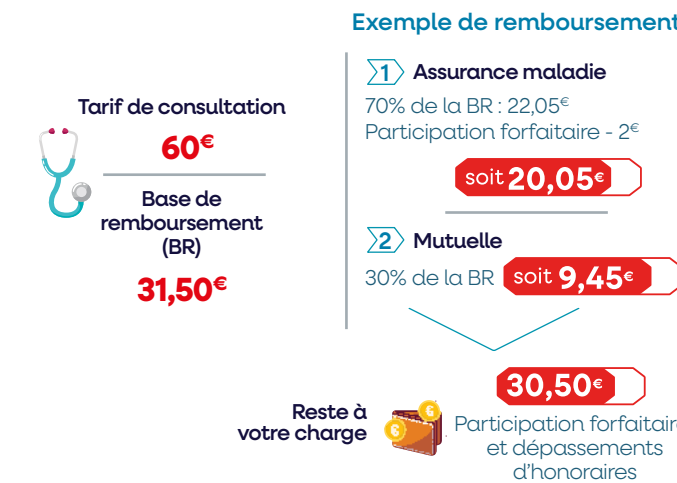
Vignettes blanches : 65 %
Vignettes bleues : 30 %
Vignettes oranges : 15 %
Reconnus comme irremplaçables et particulièrement coûteux : 100 %



MÉDECIN SPÉCIALISTE SECTEUR 1



MÉDECIN SPÉCIALISTE SECTEUR 2 - OPTAM



Bénéficier du "dispositif 100% santé"

Les équipements sont pris en charge par l'Assurance maladie et les contrats responsables des mutuelles. Pensez à demander à votre praticien un devis **"dispositif 100% santé"**.

OPTIQUE

Les équipements proposés



AUDITION

Les équipements proposés

Types d'équipement

- Contours d'oreille classique
- Contours à écouteur déporté
- Intra-auriculaires
- Avec 12 canaux de réglage

Options d'équipement
Au moins 3 options incluses en fonction du type d'aide auditive :

- Système anti-acouphène
- Bande passante élargie ≥ 6 000 Hz
- Synchronisation binaurale
- Système anti-réverbération
- Connectivité sans fil

DENTAIRE

Les équipements proposés



Les dents non visibles

- 2^{èmes} prémolaires
- Couronnes monolithiques avec zircon
- Bridges métalliques

Molaires

- Couronnes et bridges métalliques

Prothèses amovibles

- Partielles ou totales à base résine

Les dents visibles

- Couronnes ou bridges céramométalliques
- Couronnes monolithiques en zircon